Lane Medical Library

Aus der Universitätspoliklinik für innere Krankheiten in Berlin.
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Senator.)

Ueber den Zusammenhang von Magen- und Frauenleiden.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN.

Von

Ludwig Lewisohn
approb. Arzt aus Berlin.

Tag der Promotion: 11. Juni 1909.

BERLIN 1909.
Druck von L. Schumacher, N. 24.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. His.

Sonderabdruck aus der Berliner klin. Wochenschr., 1909, No. 24.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153507_0113

Die Erfahrung lehrt, dass häufig Frauen mit Genitalaffektionen gleichzeitig über Magenbeschwerden klagen. Nach Engelmann[1]) sind 25 pCt. aller unterleibskranken Frauen magenleidend, und Graily Hewitt[2]) gibt an, dass sich in 11—14 pCt. aller Uteruskranken Erbrechen findet. Es lag daher nahe, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden Affektionen anzunehmen. So behaupten denn zahlreiche Autoren, das Magenleiden sei eine Folge der Erkrankung der Genitalorgane. Kisch[3]) stellt sogar ein besonderes Krankheitsbild auf: die Dyspepsia uterina. Es fehlt auch nicht an der entgegengesetzten Anschauung, dass die Magenstörungen Ursache der Genitalaffektionen seien. (Mackenzie[4]), Theilhaber[5])). Endlich leugnen Giovanni[6]) und Sommer[7]) jeden Causalnexus zwischen beiden Krankheiten. Auf Grund literarischer Studien und klinischer Beobachtungen möchte ich nun im folgenden darzulegen versuchen, welchen Standpunkt man in der Frage des Zusammenhanges von Magen- und Frauenleiden einzunehmen berechtigt ist und wie man sein praktisches Handeln dementsprechend einzurichten hat.

Schon bei den physiologischen Vorgängen im weiblichen Geschlechtsleben sieht man Aenderungen in der sekretorischen

---

1) Engelmann, Transaction of the americ. gynecolog. society, 1872 (zitiert nach Frank).

2) Graily Hewitt, Clinic. lect. on ut. neurose. The british med. Journ., 1886, 5. Juni, 24. Juli, 28. Aug.

3) Kisch, Dysp. ut. Diese Wochenschr., 1883, No. 18, S. 263.

4) Mackenzie, London. Journ. 1851 (zitiert nach Frank).

5) Theilhaber, Beziehungen gastro-intestinaler Affektionen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. Münchener med. Wochenschr., 1893, No. 47—48.

6) Giovanni, Gegen die chirurgische Behandlung der Neurosen. Internat. klin. Rundschau, 1893, No. 27 ff.

7) Sommer, Ueber den Zusammenhang dyspeptischer Beschwerden mit Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsapparates. Centralbl. f. innere Med., 1902, Bd. 23, No. 9, S. 217.

und motorischen Funktion des Magens. „Sehen wir doch schon bei gesunden Frauen", sagt Riegel[1]), „dass der Vorgang der Menstruation eine gewisse Rückwirkung auf die Tätigkeit des Magens ausübt, dass die Saftsekretion oft zu dieser Zeit verändert ist; bei manchen Frauen sehen wir, selbst wenn die Menstruation als solche ohne besondere Beschwerde verläuft, in dieser Zeit Verringerung des Appetits, Uebelkeit und sonstige gastrische Erscheinungen." Auch P. Müller[2]) hebt hervor, dass häufig Magenbeschwerden bei der Menstruation auftreten, obwohl der Genitalapparat gesund und der Menstrualfluss regelmässig ist, Riebold[3]) macht auf die prämenstruellen Durchfälle und Verstopfungen aufmerksam, und Plönies[4]) betont, dass der Magen zur Zeit der Menstruation und Ovulation gegen Insulte weniger gefeit sei, da ihm durch aktive Hyperämie der Genitalien Blut entzogen werde. Die bisherigen Untersuchungen über den Einfluss der Periode auf die Magenverdauung sind spärlich. So beobachtete Kretschy[5]) den Einfluss der Menses auf den Verdauungsverlauf bei einer Magenfistelkranken. „Mit den ersten Vorläufern der Menses kam die Säurekurve ins Schwanken; mit dem Eintreten der Menses selbst kam es während des ganzen Tages nicht zur neutralen Reaktion. Sobald die Menses aufhörten, stellte sich sofort die neutrale Kurve ein." Bei Magenfistelkranken neigt aber, wie Fleischer[6]) bei einem gastrotomierten Knaben sah, die Magenschleimhaut viel leichter zu katarrhalischen Erkrankungen, und schon bei geringen Schädlichkeiten treten Verdauungsstörungen auf. Deshalb sind Fleischer's allerdings nicht zahlreiche Untersuchungen bei Menstruation an normalen Magen von Wichtigkeit, die das Ergebnis haben: „die Menstruation verlangsamt fast immer die Verdauung in beträchtlichem Maasse, bei Abnahme der Menses und nach dem Aufhören derselben kehrt letztere zur Norm zurück." Nach Elsner[7]) hängen die menstruellen Magenstörungen mit der Stärke des bei der Menstruation auftretenden Blutverlustes zusammen. Er untersuchte 14 Frauen und fand teils Erhöhungen, teils Herabsetzungen der Acidität des Magensaftes. Zu demselben Resultat kommt Kehrer[8]). Wolpe[9]) fand zur Zeit der

1) F. Riegel, Die Erkrankungen des Magens, Teil I, Wien 1903. Teil II, Wien 1908.

2) P. Müller, Die Krankheiten des weiblichen Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunktionen. Stuttgart 1888.

3) G. Riebold, Ueber die Wechselbeziehungen zwischen dem Ovulationsvorgang und der Menstruation und inneren Krankheiten. Münchener med. Wochenschr., 1907, Bd. 54, No. 38, 39.

4) Plönies, Kongress für innere Medizin. Wien 6.—9. April 1908.

5) Kretschy, Beobachtungen und Versuche an einer Magenfistelkranken. Deutsches Archiv f. klin. Med., 1876, Bd. 18, S. 527.

6) R. Fleischer, Ueber die Verdauungsvorgänge im Magen unter verschiedenen Einflüssen. Diese Wochenschr., 1882, No. 7.

7) Elsner, Archiv f. Verdauungskrankh., Bd. 5, S. 467.

8) Erwin Kehrer, Die physiologischen und pathologischen Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zum Tractus intestinalis und besonders zum Magen. Berlin 1905, Karger.

9) Deutsche med. Wochenschr., 1908, No. 51.

Menstruation die Acidität des Magensaftes gesteigert. Fehlen auch noch völlig einwandsfreie Untersuchungen — Elsner und Wolpe untersuchten magenleidende, Kehrer unterleibskranke Frauen —, so lässt sich doch aus den bisherigen Beobachtungen der praktisch wichtige Schluss ziehen, dass eine Prüfung des Mageninhaltes während der Menstruation kein klares Bild von der sekretorischen Funktion des Magens zu geben vermag.

Da auch in Schwangerschaft und Wochenbett nach Kehrer Aenderungen der Magensaftverhältnisse, und zwar im Sinne einer Herabsetzung der Acidität bestehen, so ist bei der Untersuchung über den Zusammenhang von Magen- und Frauenleiden zunächst die Forderung zu erfüllen, dass das betreffende Individuum sich weder in der Gravidität noch Puerperium noch in der Menstruation befindet. Dieser Punkt hat bei den bisherigen Untersuchungen noch nicht die gebührende Berücksichtigung gefunden.

Betrachtet man die Literatur über unseren Gegenstand, so fällt einem ferner auf, dass die Autoren in ihren Tabellen auch zahlreiche Fälle aufführen, bei denen das Magenleiden in keinem ursächlichen Zusammenhange mit der Genitalaffektion steht. Gerade bei einer so schwierigen Diagnose wie es die genitale Reflexneurose ist, sollte man scharf per exclusionem alle Fälle absondern, bei welchen sich eine andere Erklärung des Magenleidens finden lässt. Eine genaue Aufnahme von Anamnese und Status muss zunächst eine Beantwortung der folgenden drei Fragen bringen:

I. Liegt eine selbständige Magenerkrankung vor? (Ulcus, Gastritis, Ektasie, Carcinom etc.)

II. Ist das Magenleiden durch eine andere organische Erkrankung oder ein Allgemeinleiden verursacht? (Herz-, Lungen-, Nierenkrankheiten, Cholelithiasis, Tabes dorsalis, Fieber, Anämie, Diabetes, Carcinose etc.)

III. Sind Magen- und Sexualaffektion nur koordierte Erkrankungen, einer ersten Ursache subordiniert?

Hier ist die Enteroptose zu nennen. Bei starker Erschlaffung der Bauchdecken und der peritonealen Bänder, wie dies nach häufigen Geburten vielfach der Fall ist, kommt es zu Lageveränderungen der abdominalen Organe. Ebenso wie die Niere beweglich wird und sich der Magen senkt, erfährt die Gebärmutter eine Verlagerung und häufig eine Knickung. Ein so abnorm verlagerter Magen funktioniert meist anders auch ohne gleichzeitige Lageveränderung des Uterus. Daher ist bei gleichzeitigem Zusammentreffen von Gastroptose und Retroflexio uteri — ein Zusammentreffen, das, wie schon F. Kraus[1]) angibt, ziemlich häufig ist — der retroflektierte Uterus nicht als Ursache der Magenerkrankung aufzufassen.

Selbst Ren mobilis allein soll häufig Ursache von Digestions-

1) F. Kraus, Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Splanchnoptose. Wiener klin. Rundschau, 1900, Bd. 14, No. 25 u. 26.

störungen sein. „Die dyspeptischen Beschwerden bei Ren mobilis können denen bei genital ausgelöster Magenneurose völlig gleichen.“ (Kehrer.) Lindner[1]) behauptet sogar, „dass der grösste Teil der Magenstörungen und ein sehr grosser Teil der habituellen Verstopfung bei Frauen des jüngeren und mittleren Lebensalters vor den Jahren der bösartigen Neoplasmen auf rechtseitiger Wanderniere beruht.“ Lindner geht, wie schon Kehrer hervorhebt, mit dieser Behauptung sicherlich zu weit. Daher habe ich die vier Fälle mit Ren mobilis mit in meine Tabelle aufgenommen, zumal sie an dem Endresultat meiner klinischen Beobachtungen nichts ändern.

Erst die nach Ausschluss aller dieser Fälle übrigbleibenden berechtigen die Frage aufzuwerfen, ob das Magenleiden durch das Genitalleiden verursacht ist.

In dieser Weise unterzog Verfasser dieser Arbeit auf Anregung des Herrn Prof. Dr. M. Mosse in der medizinischen Universitätspoliklinik zu Berlin (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Senator) die Magenfunktionen gynäkologisch erkrankter Frauen in sekretorischer und motorischer Beziehung einer eingehenden Prüfung.

Die gynäkologischen Diagnosen wurden meist in der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin gestellt.

Zunächst einige Worte über die Methodik. Ich untersuchte nur Frauen mit Genitalaffektionen, die gleichzeitig über Magenbeschwerden klagten, reichte den Patientinnen das Ewald-Boas'sche Probefrühstück (1 Tasse Tee und 2 trockene Semmeln) und heberte den Mageninhalt nach einer Stunde aus. Dann prüfte ich die Reaktion des Mageninhalts zunächst mit Lackmus-, dann mit Congopapier. Während blaues Lackmuspapier auch durch saure Salze rot gefärbt wird, reagiert Congopapier nur auf freie Säure, die man aber ohne weiteres als freie Salzsäure ansprechen kann (Riegel, Bd. 1, S. 99.) Auch zur quantitativen Bestimmung der Salzsäure benutzte ich das Congopapier, indem ich mich der Tüpfelmethode bediente (Riegel, Bd. 1, S. 107—108). Die Gesamtacidität bestimmte ich mit $^1/_{10}$ Normalnatronlauge und benutzte Phenolphthalein als Indikator. Mit Hilfe des Uffelmann'schen Reagens oder auch nur mit einer mit destilliertem Wasser sehr verdünnten Lösung von Eisenchlorid prüfte ich auf Milchsäure.

Einen Einblick in die motorische Kraft des Magens verschafften wir uns mit der Salolprobe. Wir reichten den Patientinnen in der Poliklinik 1 g Salol und untersuchten den Urin mit Eisenchlorid auf Salicylsäure 24 Stunden später, und zwar zweimal hintereinander in Abständen von $^1/_2$ Stunde. Oft fiel die erste Probe positiv aus; urinierte die Frau $^1/_2$ Stunde später noch einmal, so war das Resultat negativ. Bei der ersten Untersuchung erhält man oft noch einen positiven Ausschlag, weil die Patientinnen stundenlang nicht uriniert hatten und noch geringe Spuren von Salicylsäure vorhanden waren.

Die Lage des Magens wurde durch die künstliche Aufblähung des Magens mittels Kohlensäure (Acidum tartaricum + Natrium bicarbonicum) festgestellt.

Als Normalwerte nehmen wir die von Riegel angegebenen: für freie HCl 20—40, für die Gesamtacidität 40—60 (nach Probefrühstück).

---

1) Lindner, Ueber die Wanderniere der Frauen. Berlin 1888.

Endlich möchte ich betonen, dass bei jedem Falle eine Aufnahme von Anamnese und Status stattfand.

Im Ganzen beobachtete ich 100 Patientinnen, bei welchen Magen- und Frauenleiden zusammentrafen. Diese 100 Fälle sichtete ich nach obigen Gesichtspunkten (Ausschaltung der selbstständigen Magenleiden, der Fälle mit anderweitiger organischer Erkrankung oder einem Allgemeinleiden, der Fälle mit Enteroptose). Ich musste nicht weniger als 66 Frauen absondern, bei denen sich die Magenbeschwerden völlig unabhängig vom Genitalleiden erklären liessen.

Es ergibt sich also die Tatsache, dass nur bei einer verhältnismässig geringen Anzahl der Frauen, welche gleichzeitig über Magen- und Unterleibsbeschwerden klagen, die pathologischen Prozesse im Genitalapparat mit der Magenerkrankung in einem ursächlichen Zusammenhange stehen.

Die übrigen 34 Fälle möchte ich hier in Kürze anführen. In bezug auf Anamnese und Status ergab sich mit Ausnahme von neurasthenischen und hysterischen Symptomen nichts Bemerkenswertes. Nur Genital- und Magenbefund seien kurz erwähnt. Vorweggenommen sei, dass die Lackmusreaktion stets positiv, die Milchsäurereaktion stets negativ ausfiel. (S. umstehende Tabelle.)

In den Fällen 17, 27, 32 und 33 fand sich eine rechtsseitige Wanderniere.

In den Fällen 10, 11, 20, 22, 27, 28 und 29 traten die Magenbeschwerden vor dem Genitalleiden, in den Fällen 2, 6, 9, 16 und 31 zu gleicher Zeit auf; in den Fällen 1, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 30, 32, 33 und 34 setzten die Magenbeschwerden später als die Unterleibsbeschwerden, oft erst im Verlaufe der gynäkologischen Behandlung ein.

Diese 34 Fälle zeigen uns, dass es kein einheitliches Krankheitsbild gibt, wie es Kisch als Dyspepsia uterina schildert.

Meine Resultate nähern sich vielmehr denen Winkler's. Es finden sich 9 mal Achlorhydrie, 7 mal Hypochlorhydrie zugleich mit Subacidität, 11 mal Hypochlorhydrie mit normaler Gesamtacidität. 6 Fälle zeigten normale Sekretion, 1 Fall Hyperacidität.

Da aber andere Autoren in der Mehrzahl Hyperaciditäten (Sommer in Graz) bzw. normale Sekretion (Kehrer in Heidelberg) fanden, so möchte ich aus meinen Resultaten keinen allgemein gültigen Schluss ziehen, sondern vielmehr den, dass man bei den Mageninhaltsuntersuchungen unterleibskranker Frauen, die in verschiedenen Gegenden (Graz, Heidelberg, Berlin) angestellt werden, keine einheitlichen Werte erhält.

Finden sich doch bekanntlich auch für normale Verhältnisse in verschiedenen Gegenden Deutschlands verschiedene Werte in der Grösse der Säureabsonderung (vgl. Riegel, Bd. 1,

No.	Name, Alter	Genitalbefund	Magenbefund			
			Congo	freie H Cl.	Ges.-Acid.	Salol-probe
1	Fr. R., 34 J.	Oophoritis dupl., Parametritis post. et dext.	pos.	18	48	neg.
2	Fr. H., 34 J.	Salpingooophoritis dext. . . .	„	20	46	„
3	Fr. P., 40 J.	Uterus myomatosus	„	18	40	„
4	Fr. E., 23 J.	Sinistroversio ut., Parametritis et Salpingitis sin.	„	8	34	„
5	Fr. Sch., 24 J.	Spitzwinkl. Anteflexio, Salpingitis dupl.	„	18	34	„
6	Fr. R., 29 J.	Pyosalpinx, Parametritis post.	„	25	40	pos.
7	Fr. H., 31 J.	Tumor parametritis dext,, Pyosalpinx dext., Oophoritis dupl.	„	30	40	„
8	Fr. K., 29 J.	Pyosalpinx, Retrovers. ut., Decubitalulcus (vom Ring)	„	20	42	„
9	Fr. Sch., 31 J.	Retrofl. ut. mob.	„	14	34	„
10	Fr. J., 30 J.	Retrofl. ut. fix., Parametritis	neg.	0	32	neg.
11	Fr. S., 28 J.	Parametrit. post, Catarrh. cero.	pos.	8	24	„
12	Fr. J., 39 J.	Status post. totalexstirpat. per laparatomiam	„	12	36	„
13	Fr. L., 27 J.	Parametrit. sin.	neg.	0	34	„
14	Fr. H., 26 J.	Retrovers. ut. mob., Parametrit.	pos.	16	52	„
15	Fr. P., 41 J.	Retrofl. ut. mob.	„	10	34	„
16	Fr. Sch., 55 J.	Status post amput. ut. myom.	„	12	36	„
17	Fr. M., 24 J.	Spitzwinkl. Anteflexio . . .	„	14	48	„
18	Fr. S., 37 J.	Pyosalpinx sin. cum. exsudat. parametrit.	neg.	0	6	„
19	Frl. F., 17 J.	Metrorrhagien	pos.	16	60	„
20	Frl. F., 22 J.	Retropositio ut., Catarrh. cerv.	neg.	0	20	pos.
21	Fr. St., 37 J.	Endometritis, Erosion . . .	„	0	24	neg.
22	Fr. G., 34 J.	Parametrit. post., Retrovers. ut. fix.	pos.	10	50	„
23	Fr. K., 32 J.	Retrofl. ut. fix., Salpingooophorit. dext., Oophoritis sin.	neg.	0	20	pos.
24	Fr. Sch., 36 J.	Retrosinistroversio, Oophorit. dext.	pos.	4	42	neg.
25	Fr. L., 39 J.	Oophoritis dupl., praecipue sin.	„	22	52	„
26	Frl. J., 20 J.	Parametrit. sin. et post. . .	neg.	0	24	pos.
27	Fr. S., 27 J.	Retrofl. ut.	pos.	20	56	„
28	Frl. R., 44 J.	Metrorrhagien	„	10	46	neg.
29	Fr. N., 23 J.	Retrofl. ut. mob.	neg.	0	26	pos.
30	Frl. W., 19 J.	Metrorrhagien	„	0	34	„
31	Fr. W., 33 J.	Parametrit. dupl.	pos.	16	46	neg.
32	Frl. K., 25 J.	Metrorrhagien	„	6	42	„
33	Fr. Sch., 27 J.	Parametritis	„	10	42	pos.
34	Fr. S., 35 J.	Retrofl. et Retropositio ut. fix., Peri- u. Parametritis . .	„	36	36	„

S. 122 usw.). Neuerdings erhielt Fr. Deutschmann[1]) bei Mageninhaltsuntersuchungen am Material der II. Münchener Klinik und an dem des Krankenhauses Eppendorf (Hamburg) ganz verschiedene Resultate. „Man könnte fast den Eindruck gewinnen," schreibt Deutschmann, „als ob ein und dieselbe Schädlichkeit sich dort in einer Steigerung der Salzsäure, hier der alkalischen Sekretion bemerkbar mache."

Auch motorische Insuffizienz ist in zahlreichen Fällen vorhanden. Der Fall von Hyperacidität, 5 Fälle von Achlorhydrie, 2 Fälle von Hypochlorhydrie, 4 der Fälle mit normaler Sekretion weisen Atonie auf.

Ebensowenig einheitlich wie die Resultate der motorischen und chemischen Magenuntersuchung sind die Ergebnisse in bezug auf die Art der Unterleibserkrankung.

Wir können Kisch darin nicht beistimmen, dass nicht alle Erkrankungen des weiblichen Sexualapparates Dyspepsie im Gefolge haben. Nach ihm sollen Krankheiten der Vulva und Vagina, die katarrhalische Entzündung, Kolpitis und Leukorrhöe, der Prolapsus vaginae an und für sich nicht den Anlass zur Dyspepsia uterina geben, ebensowenig Entzündung der Uterinalschleimhaut, Endometritis, chronischer Katarrh der Schleimhaut, Erosionen und Geschwüre der Muttermundslippen von geringer Ausdehnung, leicht parametrane und perimetrane Exsudate.

Demgegenüber ergeben meine Beobachtungen, ebenso wie die aller übrigen Autoren, dass sich den verschiedensten Krankheitsprozessen des Genitalapparates Magenbeschwerden zugesellen können. Unter meinen 34 Fällen fanden sich 16 mal entzündliche Prozesse, 5 mal Verlagerungen des Uterus, 10 mal entzündliche Prozesse und Verlagerungen des Uterus zugleich, 1 mal ein myomatöser Uterus, 2 Fälle mit Unterleibsbeschwerden nach gynäkologisch-operativen Eingriffen.

Meine Ergebnisse nähern sich, wie oben erwähnt, denen Winkler's, differieren dagegen mit denen der übrigen Autoren, die wiederum unter sich zu verschiedenen Resultaten kommen. Dies liegt zum Teil daran, dass sich eine Anzahl der Autoren nur in unvollkommener Weise Aufschluss über die Verdauungstätigkeit des Magens verschafften.

So haben Kisch und Jaffé[2]) sieben Stunden nach einer bestimmten Mahlzeit ausgehebert. Kisch findet bei seinen Patienten ganz geringe Rückstände und vermutet eine Vermehrung der Acidität des Magensaftes, Jaffé dagegen schliesst, weil der Magen leer und säurefrei, dass eine Insuffizienz der Verdauungstätigkeit und eine organische Erkrankung nicht vorhanden sei. Diese

---

1) Fr. Deutschmann, Ueber Subacidität des Magensaftes. Inaug.-Diss. München 1908. Ref. Münchener med. Wochenschr., 1908, No. 15, S. 816.

2) Jaffé, Ueber Dyspepsia uterina. Memorabilien, 1886, 31. Jahrg., S. 203.

Untersuchungsmethode haben Kisch und Jaffé von Leube[1]) übernommen, der als Kriterium der normalen Verdauung das Leersein des Magens sieben Stunden nach einer Probemahlzeit betrachtet. „Indessen kann dasselbe nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse nicht mehr als ausreichend bezeichnet werden," wie Riegel-Tabora (II. Teil, S. 549) mit Recht hervorhebt; „es beweist wohl eine gute motorische Kraft, es beweist aber nichts für das Verhalten der Saftsekretion. Sowohl bei abnorm gesteigerter wie bei abnorm darniederliegender Saftsekretion kann der Magen in der gleichen Zeit sich der Ingesta entledigt haben."

Die Untersuchungsmethoden von Kisch und Jaffé sind also unzulänglich. Von den übrigen Autoren geben Braun[2]), Rosenthal[3]) und Theilhaber nicht an, in welcher Weise sie den Magen untersuchten, auch nicht die Aciditätswerte, welche sie für normal halten.

Panecki[4]), Frank[5]), Sommer, Kehrer und Winkler[6]) haben eine mehr oder weniger grosse Anzahl von Beobachtungen angestellt und machen darüber genauere Angaben. Ihre Ergebnisse differieren stark. Das liegt wohl zunächst daran, dass sie hinsichtlich der Art der Mahlzeiten ebenso wie der chemischen Untersuchungsmethoden verschiedene Wege einschlugen. Auf die Einzelheiten näher einzugehen, würde zu weit führen. Dann aber weichen auch die Mittelwerte, die sie ihren Zahlen als normal gegenüberstellen, voneinander ab. So sieht Panecki HCl-Grenzen von 0,1—0,2 pCt.; Frank solche zwischen 1,5 und 2,5 pM. als normal an. Kehrer nimmt als normale Aciditätswerte für freie Salzsäure 30—50, für die Gesamtsäure 65—85, Winkler dagegen 20—40 für freie HCl, 40—60 für die Gesamtacidität an. Alle diese Autoren verabreichten ein Probefrühstück. Sommer heberte vier Stunden nach einer Probemahlzeit aus und vergleicht seine Zahlen mit Riegel's Mittelwerten nach Probemahlzeit (0,7 bis 1,6 pM. freie HCl, 1,8—2,7 pM. Gesamtacidität).

Dann aber führen die genannten Autoren, wie wir schon oben kurz erwähnten, auch zahlreiche Fälle auf, bei denen das Magenleiden in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der Genitalaffektion steht. Durchprüft man nach den von uns oben angegebenen Gesichtspunkten (Ausschaltung der selbständigen

---

1) Leube, Ueber nervöse Dyspepsie. Deutsches Archiv f. klin. Med., 1878, Bd. 23.

2) G. Braun, Ueber den Zusammenhang von Neurosen des Magens und Uterinleiden. Wiener med. Wochenschr., 1886, No. 41/42.

3) M. Rosenthal, Ueber Magenaffektionen bei weiblichen Genitalleiden. Internat. klin. Rundschau, 1889, Bd. 3, No. 16 u. 17.

4) Panecki, Retroflexio uteri und Magenneurose. Therapeut. Monatsh., 1892, Bd. 6, S. 79.

5) M. Frank, Ueber den Zusammenhang zwischen Genitalaffektionen der Frauen und Magenbeschwerden. Archiv f. Gynäkol., 1893, Bd. 45, S. 118.

6) H. Winkler, Ueber die Ergebnisse von Magenuntersuchungen bei Frauenleiden. Inaug.-Diss. Leipzig 1905.

Magenleiden, der Fälle mit anderweitiger organischer Erkrankung oder einem Allgemeinleiden, der Fälle mit Enteroptose) die Angaben und Tabellen der Forscher, so erhält man ganz andere Ergebnisse.

Theilhaber führt unter den 45 Fällen 2 Frauen mit Catarrh. ventriculi, 2 mit chronischem Darmkatarrh, 1 mit Ulcus, 1 mit Enteroptose, 12 mit Atonie und gleichzeitiger Ektasie des Magens, 2 mit normalen Genitalien an. Unter den übrigen 25 Fällen finden sich einmal Anaciditas, einmal Hyperchlorhydrie. Beide Fälle, in denen als gynäkologische Affektion Endometritis catarrhalis vorlag, wurden gebessert. In den anderen 23 Fällen handelte es sich um Dyspepsia nervosa (Leube) mit folgenden gynäkologischen Erkrankungen: 6 mal Retrofl. ut. (4 mal erfolgte Heilung der Magenbeschwerden durch Retroposition, 2 mal hatte die Retroposition keinen Erfolg), 3 mal Endometritis haemorrh. (2 mal Heilung durch Curettage, im dritten Fall entzog sich die Patientin der Behandlung), 11 mal Endometritis catarrh. (8 mal Heilung durch Curettage, 3 mal erfolglos), 3 mal Tiefstand und Fixation eines Ovariums mit Verzögerung und Schmerzhaftigkeit bei Berührung (2 mal Faradisation mit der bipolaren Sonde und Besserung der Magen- und Genitalbeschwerden; Theilhaber lässt aber hier die Frage bezüglich des Zusammenhanges beider Affektionen offen; die dritte Patientin entzog sich der Behandlung).

Der Angabe Panecki's, dass es sich in 11 seiner 15 Fälle (4 Fälle schliesst er wegen selbständiger Magenerkrankungen aus) um normalen Chemismus gehandelt habe, ist nicht ohne weiteres beizupflichten, da er nie die Gesamtacidität bestimmt hat. Beachtenswert ist dagegen seine Bemerkung, dass 8 mal mit Beseitigung der Retroflexio uteri die Magenbeschwerden schwanden, 3 mal bestehen blieben.

Von den 15 Frank'schen Fällen sind Fall 1 wegen Herzfehlers, Fall 3 wegen Fehlens der Gesamtaciditätsangabe auszuschalten. Sein Schluss, dass in 12 Fällen die Gesamtacidität normal war, ist falsch; denn Gesamtaciditäten von 28—36 (8 mal fand Frank diesen Gehalt) sind als Subaciditäten zu bezeichnen. Merkwürdig ist auch, wie schon Sommer betont, dass die freien HCl-Werte immer die Gesamtaciditätswerte übersteigen. Von diesem Gesichtspunkte aus sind die Frank'schen Untersuchungen gar nicht zu verwerten, verwertbar ist nur die Angabe von dem Einfluss der gynäkologischen Behandlung auf das Magenleiden. Frank konnte im ganzen 7 Fälle hinreichend beobachten. Die Magenbeschwerden wurden 4 mal beseitigt, 1 mal gebessert, 2 mal blieb die Behandlung ohne Einfluss.

Sommer sondert selbst 3 Fälle wegen Ektasie ab; dasselbe muss mit weiteren 10 Fällen geschehen (2 mal Chlorose, 1 mal Skrophulose, 4 mal Gastroptose), so dass von seinen 23 angeführten Fällen nur 10 übrig bleiben. Hierunter sind 7 Hyperaciditäten (gynäkologisch: Peri- und Parametritis, Parametrit. obsolet. dext., Anteflexio uteri, 2 mal Retroflexio, Salpingo-oophorot. bilateralis, Tumor adnex. bilateralis), 2 Subaciditäten (Ante- und

Retroflexio) und 1 Fall mit normaler Sekretion (Anteflexio ut. retropon.) vertreten.

Aus Kehrer's Tabelle, der über die Lage des Magens keine näheren Angaben macht, sind eine Gastritis chronica, 8 Anämien zu streichen. Unter den übrigen 19 Fällen finden wir 10 mit normaler Sekretion (9 mal Retroflexio ut., 1 mal Retrofl. und Endometritis), 3 mit Hyperchlorhydrie (sämtlich Retroflexionen), 1 mit Hyperacidität (Retrofl.), 3 mit Achlorhydrie (2 mal Retrofl., 1 mal Ruptura perinei inveterata, Descensus vaginae, Retrofl. ut. mob.), 2 mit Hypochlorhydrie (1 Retrofl., 1 Retrofl. ut. mob., Metritis und Endometrit. catarrh., Lacerationsectropium).

Winkler führt unter seinen 41 Fällen 3 mit Lungenspitzenkatarrh, 1 Fall mit Chlorose, 17 Fälle mit Gastroptose, 1 Fall ohne subjektive Magenbeschwerden und einen ohne Angabe der freien Salzsäure an. Bleiben 18 Fälle übrig mit folgenden Ergebnissen: 6 mal normale Sekretion (1 Retroflexio ut., 2 mal Retropositio ut., 1 Retroversio ut., 1 Descensus ovarii, 1 Uterus fibromatosus), 7 Subaciditäten (2 mal Retrofl. ut., 1 Metritis chron., 1 Metritis und Endometritis, 1 Descensus vaginae, 1 Adnextumor, 1 Hydrosalpinx), 4 Achlorhydrien (1 Retroflexio uteri, 1 Parametritis posterior, 1 Pelveoperitonitis, 1 Descensus vaginae) und eine Hyperacidität (Retropositio uteri). —

Was den Causalnexus beider Leiden betrifft, so glaubt eine Anzahl von Autoren, dass die gynäkologischen Beschwerden durch Affektionen des Magen-Darmkanals bedingt sein können. „Es kann infolge von Atonie des Darmes, Ansammlung von Gasen und Kotmassen in demselben, eine Verlangsamung der Blutzirkulation im Gebiete der Vena cava inferior stattfinden und hierdurch eine venöse Stauung im Uterus hervorgerufen werden, die Veranlassung zu Metrorrhagien, Dysmenorrhöen und Fluor gibt.“ (Theilhaber.) Ohne jeden Anhaltspunkt ist dagegen die Annahme Makenzie's, dass Magenbeschwerden auf dem Wege der Spinalirritation Genitalleiden hervorrufen.

Weit häufiger ist jedenfalls die Umkehrung, dass das Magenleiden eine Folge der genitalen Prozesse ist; denn nur in 7 meiner 34 Fälle bestanden die Magenbeschwerden früher als das Genitalleiden; 5 mal traten Magen- und Genitalleiden gleichzeitig auf, in allen übrigen Fällen hätten die pathologischen Prozesse im Genitalapparat bereits mehr oder weniger lange Zeit bestanden, bis sich die Magenerkrankung zugesellte.

Es geht nicht an, wie Giovanni es tut, jede Möglichkeit einer Beeinflussung des Digestionstraktus von seiten der Genitalorgane zu leugnen oder Sommer's Standpunkt einzunehmen: „Da eine Besserung des Frauenleidens von mir nur zweimal eine Abnahme der Magenbeschwerden zur Folge gehabt hat, habe ich keinen direkten Grund, einen solchen Zusammenhang zu behaupten, um so weniger als die Aufrichtung des retroflektierten Uterus in einem Falle eher eine Verschlechterung der gastrischen Erscheinungen nach sich zog.“

Wir dürfen doch die langjährigen Erfahrungen angesehener

Gynäkologen nicht ausser acht lassen. So sagt B. Schultze[1]) in der Besprechung der Therapie der chronischen Endometritis: „Welche üblen Folgen ausser den örtlichen die Stagnation katarrhalischer Sekrete im Uterus hat, weiss nur der, welcher in einer Reihe von Fällen den katarrhalischen Uterus nach vorgängiger Dilatation systematisch ausgespült hat, wer beobachtet hat, wie Verdauungsstörungen verschiedener Art, jahrelang bestehende Dyspepsie fortbleiben.“ Und Hildebrandt[2]) schreibt in seiner Abhandlung über die „Retroflexio uteri“: „Bei fast jeder derselben (erg. Retrofl. ut.) beobachteten Sie intensive, die Ernährung beeinträchtigende Magenbeschwerden, Cardialgien, Sodbrennen, Aufstossen, Erbrechen usw., welche Sie später allmählich schwinden sahen, sobald die Flexion gehoben war, und ich machte Sie bei der Besprechung dieser Fälle darauf aufmerksam, wie Magenleiden überhaupt so ungemein oft eine Folge von Krankheiten des Uterus sind, dass man füglich bei magenleidenden Frauen niemals eine Untersuchung der Genitalien unterlassen sollte, auch selbst wenn kein Symptom sonst auf eine Erkrankung hinzuweisen scheint.“

Dazu kommt, dass eine Anzahl von Fällen in der Literatur veröffentlicht sind, wo eine rationelle gynäkologische Behandlung tatsächlich langjährige, vom Internisten nicht beeinflusste Magenbeschwerden beseitigt hat. Kisch berichtet zwei, Braun drei Fälle, wo die Behandlung der Genitalleiden die Magenbeschwerden „mit einem Schlage“ beseitigte. Auch Rosenthal und Jaffé veröffentlichen je einen Fall. Eine Anzahl Erfolge haben ferner Theilhaber, Panecki, Frank, Eisenhart[3]), Lewy[4]) und Buttler-Smith[5]) aufzuweisen. Van Tussenbroek[6]) und Mendes de Leon führen 22 Patientinnen an mit Endometriden und gleichzeitigen „indirekten Symptomen“, wozu sie vor allem Symptome seitens des Magens (Anorexie, Dyspepsie, Nausea, Erbrechen), dann auch des Herzens (Palpitationen), der Atmungsorgane (Dyspnoe, Hustenreiz) und des Gesichtsorganes rechnen. Durch die intrauterine Therapie hatten sie 15mal vollständigen Erfolg.

Diesen Erfolgen stehen zahlreiche Misserfolge gegenüber. Der Mehrzahl meiner in den Tabellen aufgeführten Patientinnen verschaffte die gynäkologische Behandlung keine Linderung der Magenbeschwerden, bei einem Teil trat das Magenleiden erst im Verlaufe der gynäkologischen Behandlung hinzu.

---

1) Zitiert nach Jaffé (l. c.).

2) Hildebrandt, Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, 1870, Vortrag No. 5.

3) Eisenhart, Die Wechselbeziehungen zwischen internen und gynäkologischen Erkrankungen. Stuttgart 1895.

4) Lewy, Perniciöses Erbrechen mit oder ohne Schwangerschaft. Berlin 1888.

5) Buttler-Smith, Brit. med. Joun., 1887, S. 237.

6) Van Tussenbroek und Mendes de Leon, Archiv f. Gynäkol., Bd. 47, H. 3, S. 499ff.

Auf welchen Wegen können nun pathologische Prozesse in den Genitalorganen die Magenfunktionen beeinflussen? Wie schon Fleiner[1]), Herz[2]) und Freund[3]) angeben, kann der Magen in Mitleidenschaft gezogen werden durch Vermittlung des Nervensystems oder durch Vermittlung des Blutes.

Der Blutweg steht sicherlich in zweiter Reihe. Es ist aber immerhin möglich, dass bei den mannigfachen entzündlichen Erscheinungen in den Genitalien, bei den eitrigen Endometriden, Parametriden und Salpingo-Oophoritiden, wo es zu einer Sekretstauung und Gewebsspannung kommt, eine Aufnahme der angesammelten Stoffe in den Säftekreislauf stattfindet und so auf biochemischem Wege Verdauungsstörungen zustande kommen (vergl. auch Leisewitz[4])). Hierdurch würden aber nicht die Magenbeschwerden bei Lageveränderungen des Uterus erklärt werden.

Weit häufiger dürfte wohl die Beeinflussung des Verdauungsapparates von seiten der genitalen Affektionen auf nervösem Wege vor sich gehen.

Die meisten Autoren (Kisch, Theilhaber, Frank, Riegel, Kehrer, Jaffé, Hildebrandt, Rosenthal, Boas[5]), Tuszkai[6]) u. a.) sehen die gleichzeitigen Magenbeschwerden bei Genitalleiden für Reflexneurosen an. Der Reflexbogen ist physiologisch-experimentell bisher nicht festgestellt. Man nimmt an, dass das sympathische Nervensystem die Bahn bildet, auf welcher sich die peripheren, vom Uterus oder seinen Adnexen ausgehenden Reize centripetalwärts fortpflanzen, um sich in motorische (Erbrechen) und sensible (Schmerzen) Formen umzusetzen. Obwohl diese Hypothese zahlreiche Anhänger hat, glaube ich, dass der Weg des direkten Nervenreflexes selten ist.

Meines Erachtens geht der speziellen nervösen Erkrankung des Magens eine Alteration des gesamten Nervensystems voraus. An dem Zustandekommen der nervösen Allgemeinerkrankung kann das Genitalleiden als auslösendes Moment beteiligt sein.

---

1) W. Fleiner, Lehrbuch der Krankheiten der Verdauungsorgane. Stuttgart 1896, 1. Hälfte, S. 148.

2) Hans Herz, Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen. Berlin 1898.

3) H. W. Freund, Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane in ihren physiologischen und pathologischen Veränderungen zu anderen Organen. Ergebnisse d. allg. Pathologie u. pathol. Anatomie. Lubarsch u. Ostertag, 3. Jahrg. 1896, 2. Hälfte.

4) Th. Leisewitz, Einfluss der Erkrankungen des weiblichen Genitale auf die Blutbeschaffenheit. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., LVI, 3, S. 511.

5) I. Boas, Ueber periodische Neurosen des Magens. Deutsche med. Wochenschr., 1889, S. 864.

6) Ödön Tuszkai, Ueber den Zusammenhang zwischen Uterus- und Magenleiden. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1900, Bd. 12, H. 2, S. 145.

Wir wissen, dass das Nervensystem der Frau besonders labil ist, dass das weibliche Geschlecht viel mehr zu Neurosen disponiert als das männliche. Schon die normalen Geschlechtsfunktionen des Weibes machen es nervösen Reizen gegenüber empfänglicher; dies ist in noch höherem Grade der Fall, wenn diese Funktionen durch pathologische Prozesse beeinträchtigt werden. Die nervösen Beschwerden machen sich dann bei den Frauen in verschiedener Weise geltend. Die einen klagen über Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Herzklopfen oder mehr über allgemeinere nervöse Symptome wie Mattigkeit und Abgeschlagenheit des ganzen Körpers, die anderen konzentrieren die Beschwerden auf den Magen.

Wir wissen ferner, dass ein grosser Teil der An- und Subaciditäten zu den nervösen Magenaffektionen zu rechnen ist. Sie bilden zusammen mit den Hyperaciditäten die Sekretionsneurosen im Gegensatz zu den reinen Sensibilitätsneurosen, die durch normale Saftsekretion charakterisiert sind.

So finden wohl auch die Erfolge der Gynäkologen ihre Erklärung. Meist sind es hysterische Patientinnen, bei denen „mit einem Schlage“ eine Heilung aller Beschwerden erzielt wird. Hier spielt die Suggestion eine grosse Rolle. Dies geht auch deutlich aus einem Fall von Frank hervor. Die Patientin wurde von einem Internisten ohne Erfolg behandelt. Die sekretorische und motorische Kraft des Magens erwiesen sich als normal. Frank fand einen retrovertierten Uterus, der trotz Pessar retrovertiert blieb. Dennoch verschwand das Erbrechen sofort.

Ich möchte hier an Israel's[1]) Scheinoperation erinnern, die beweist, wie sich durch eindrucksvoll ausgeführte, wenn auch völlig indifferente Maassnahmen alle Beschwerden bei Hysterie beseitigen lassen.

Unsere klinischen Beobachtungen führen uns also zu bestimmten Grundsätzen, nach denen wir unser praktisches Handeln zu richten haben.

Es ist für die Therapie von eminenter Bedeutung, sich in jedem einzelnen Falle über den Zusammenhang eines Magenleidens mit einem gleichzeitig bestehenden Frauenleiden klar zu werden. Durch gründliche Aufnahme von Anamnese und Status kommt man nur selten in die Lage, eine Magenerkrankung als genitale Reflexneurose anzusprechen. Schalten wir alle selbständigen Erkrankungen des Magens, alle Organ- und Allgemeinleiden, die an sich Verdauungsbeschwerden im Gefolge haben, aus, sind wir uns ferner bewusst, dass Gastroptose und Retroflexio uteri unter sich in keinem ursächlichen Zusammenhang stehen, sondern Folgeerscheinungen derselben Ursache, der Erschlaffung der peritonealen Bänder, sind, so begrenzen wir uns in vorteilhafter Weise das Gebiet der Fälle, bei denen uns die schwierige Frage bleibt: „In welchem Zusammenhange stehen hier Magen- und Sexualleiden?“ In der Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich um Frauen, bei welchen die nervöse Erkrankung des Magens nur eine Teil-

1) Israel, Diese Wochenschr., 1880, No. 17, S. 242.

erscheinung allgemeiner Nervosität ist. Eine Untersuchung des Nervensystems wird diese Annahme bestätigen.

Hier hat auch vor allem die Therapie einzusetzen. Die Allgemeinbehandlung mit roborierender Kost, abhärtenden Prozeduren etc. ist besonders zu berücksichtigen.

Es ist Pflicht des Gynäkologen, auch auf die Magenbeschwerden der Frau einzugehen. Er sollte sich durch eine Mageninhaltsuntersuchung Gewissheit darüber verschaffen, ob es sich um eine Sensibilitäts- oder Sekretionsneurose handelt und neben der gynäkologischen eine allgemeine und, wenn nötig, auch interne Behandlung aufnehmen. Er sollte auch der Tatsache eingedenk sein, dass für diese nervös stark affizierten Frauen die gynäkologischen Manipulationen oft etwas Erregendes haben, und die Magenbeschwerden durch eine lange gynäkologische Behandlung häufig eine Steigerung erfahren.

In der Tat war ein grosser Teil unserer Patientinnen bereits längere Zeit in gynäkologischer Behandlung, ohne eine Besserung des Magenleidens erfahren zu haben.

Mit Recht verschafft sich bei den Frauenärzten immer mehr die Anschauung Geltung, dass nicht jede Lageveränderung der Gebärmutter einer Behandlung bedarf. „Die Erkenntnis, dass früher die klinische Bedeutung mancher genitaler Anomalien, vor allem des Emmet'schen Risses, Lageanomalien des Uterus etc. überschätzt worden ist, legt uns die Verpflichtung auf, in allen Fällen, bei welchen genitale Anomalien mit örtlichen und allgemeinen nervösen Symptomen verbunden sind, vor einer örtlichen Behandlung möglichst festzustellen, wie weit ein Abhängigkeitsverhältnis im Einzelfalle vorliegt". „Vor allem sollen Operationen zur Hebung eines alten Cervixrisses (Emmet'scher Riss), einer Lageveränderung des Uterus erst dann erwogen werden, wenn eine längere Beobachtung ergeben hat, dass die vorhandenen Beschwerden auch wirklich auf die Anomalie der Genitalien zurückzuführen sind". (Kroenig)[1]). Diese Ansicht erfreut sich unter Gynäkologen und Internisten schon zahlreicher Anhänger: Salin[2]), Freudenberg[3]), Theilhaber-Winter[4]), Winternitz[5]), Eulenburg[6]),

---

1) Kroenig, Ueber die Beziehungen der funktionellen Nervenkrankheiten zu den Erkrankungen der Generationsorgane. Wien. med. Wochenschr., 1903, Bd. 53, No. 43.

2) Salin, Ueber die Bedeutung der Retrodeviation der Gebärm. Hygiea, 1894, II, S. 454. Ref. Monatsschr. für Geburtsh. und Gynäkol. 1895, Bd. II, S. 301.

3) C. Freudenberg, Zur Symptomatologie d. Therap. der Retroflexio uteri. Deutsche med. Wochenschr., 1897, No. 30.

4) Theilhaber-Winter, Ueb. d. klin. Bedeutung der Retrofl. ut. Verhandl. d. VII. Versammlung d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkol. in Leipzig, 1897. Ref. Centralbl. f. Gynäkol., No. 25, 769ff.

5) Winternitz, Die Wahl der Behandlungsmethode bei Retrofl. ut. etc. Gesellsch. deutscher Naturf. Ref. Diese Wochenschr., 1902.

6) Eulenburg, Ueb. d. Beziehungen d. funktionell. Nervenkrkh. etc. Centralbl. f. Gynäk., 1903, S. 1274.

Skutsch[1]), Stoeckel[2]), Meyer[3]), v. Rosthorn und Lenhartz[4]), A. Mayer[5]) u. a. Ich möchte hier die Worte einfügen, die v. Rosthorn und Lenhartz auf dem letzten Kongress für innere Medizin gegen die gynäkologische Polypragmasie gerichtet haben. „Aus den Erfahrungen mit der Psychotherapie", sagt v. Rosthorn, „welche alle möglichen Beschwerden durch richtig ausgeführte Suggestion zu beseitigen imstande ist, kann man schliessen, dass ein grosser Teil der die Sprechstunde des Frauenarztes aufsuchenden Kranken in die Kategorie der Psychoneurosen gehört, bei denen Lokalbehandlung schädlich wirkt". Und Lenhartz führt aus, die Internisten könnten es nicht genug begrüssen, dass sich bei den Frauenärzten in den letzten Jahren ein Umschwung zugunsten der konservativen Richtung vollzogen habe. Doch werde auch heute noch viel zu viel lokal behandelt. Daher kann ich auch der Ansicht Hildebrandt's, „dass man bei magenleidenden Frauen niemals eine Untersuchung der Genitalien unterlassen sollte, auch selbst wenn kein Symptom sonst auf eine Erkrankung dieser letzteren hinzuweisen scheint" nicht unbedingt beipflichten. Der Internist wird vielmehr gut tun, sich zunächst durch die Magensonde über die Sekretionsverhältnisse aufzuklären. Erst wenn trotz allgemeiner und nötigenfalls medikamentöser Behandlung die Magensymptome nicht fortbleiben, kann auch eine gynäkologische Behandlung versucht werden.

Zusammenfassung.

1. Eine Prüfung des Mageninhaltes während der Menstruation, Gravidität und Puerperium vermag kein klares Bild von der sekretorischen Funktion des Magens zu geben.

2. Nur bei einer verhältnismässig geringen Anzahl der Frauen, welche gleichzeitig über Magen- und Unterleibsbeschwerden klagen, stehen die pathologischen Prozesse im Genitalapparat mit der Magenerkrankung in einem ursächlichen Zusammenhang.

3. Bei den Mageninhaltsuntersuchungen unterleibskranker Frauen, die in verschiedenen Gegenden (Graz, Heidelberg, Berlin) angestellt werden, erhält man keine einheitlichen Werte. Sommer (Graz) fand Hyperaciditäten, Kehrer (Heidelberg) normale Sekretion, Winkler (Berlin) und Verfasser Subaciditäten in der Mehrzahl der Fälle.

4. Den verschiedensten Krankheitsprozessen des Genitalapparates können sich Magenbeschwerden zugesellen.

---

1) Skutsch, Zur Frage von der Bedeutung der Retrofl. ut. Arch. f. Gynäkol., 1904, Bd. 72, S. 497.

2) Stoeckel, Wann und wie soll der praktische Arzt die Retrofl. ut. behandeln? Diese Wochenschrift, 1905, Bd. 42, No. 48/49.

3) E. Meyer, Die Beziehungen der funktionellen Neurosen, speziell der Hysterie zu den Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1906, XXIII. Bd., H. 1, S. 1.

4) v. Rosthorn und Lenhartz, Kongress für innere Medizin zu Wien 1908.

5) A. Mayer, Zur Klinik der Retrofl. Deutsche med. Wochenschr. 1908, No. 49.

5. Was den ursächlichen Zusammenhang von Magen- und Frauenleiden betrifft, so geht der speziellen nervösen Erkrankung des Magens eine Alteration des gesamten Nervensystems voraus. An dem Zustandekommen der nervösen Allgemeinerkrankung kann das Genitalleiden als auslösendes Moment beteiligt sein.

6. Therapeutisch hat vor allem die Allgemeinbehandlung einzusetzen, nötigenfalls nach Orientierung über Sekretionsverhältnisse des Magens durch die Sonde eine medikamentöse Behandlung. Zu warnen ist vor einer gynäkologischen Polypragmasie.

Lebenslauf.

Als Sohn des Kaufmanns Markus Lewisohn wurde ich, Ludwig Lewisohn, mosaischer Religion, am 12. Juli 1882 zu Berlin geboren, besuchte das Königstädtische Gymnasium zu Berlin, das ich Ostern 1902 mit dem Zeugnis der Reife verliess, studierte dann Medizin und zwar sämtliche Semester an der Universität zu Berlin, wo ich August 1904 das Physikum und August 1907 das Staatsexamen bestand.

Am 3. August 1906 erhielt ich von der medizinischen Fakultät zu Berlin den städtischen Preis für die Arbeit: „Die Pulsverlangsamung im Wochenbette und ihre Ursache. Die Ansichten des Verfassers sind durch Beobachtungen und Experimente zu stützen".

Nachdem ich an der III. medizinischen Universitäts-Klinik und Poliklinik (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Senator) als Praktikant tätig gewesen war, erhielt ich am 14. Oktober 1908 meine Approbation.

Nach dreimonatlicher Volontärassistententätigkeit an der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie zu Berlin (Direktor: Prof. Dr. Joachimsthal) ging ich als Volontärassistent auf die bakteriologische Abteilung des pathologischen Instituts der Charité zu Berlin (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Orth) über, wo ich zur Zeit unter der Leitung des Herrn Prof. Dr. Morgenroth bakteriologisch-serologisch tätig bin.

Während meiner Studienzeit habe ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten gehört:

Beitzke, Bumm, de la Camp, Engelmann †, E. Fischer, B. Fränkel, Greeff, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Jacobsohn, Joachimsthal, W. Krause, F. Kraus, Landau, Lesser, Liebreich †, Edm. Meyer, Nagel, Olshausen, Orth, Passow, Richter, Rubner, Senator, Strassmann, Thierfelder, Waldeyer.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern sage ich an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank.